NZOZ ŁOMIANKI

Załącznik Nr 2 do Pacjent Małoletni

Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi do 18 roku życia w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji.

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer pesel lub typ i numer dokumentu tożsamości
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego*:
1. Konsultację lekarską, **TAK NIE**
2. Pobranie materiału do badań np. krwi **TAK NIE**
3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem) **TAK NIE**
4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji :
a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:.....
b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od..... do .....
5. Konsultacji/usługi a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich **TAK NIE**

Mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:
Imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia lub numer Pesel:
..... w dniu .....

W obecności opiekuna faktycznego (dane opiekuna)

Imię i nazwisko:
Numer pesel lub typ i numer dokumentu tożsamości:

Wyrażam/Nie wyrażam zgodę/y na udzielenie w/w opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia dziecka, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu.*

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie

.....
Data i Podpis osoby przyjmującego dokument

* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie